DISSERTATION

N° 261.

MÉDICO-CHIRURGICALE

SUR L'EMPLOI DE L'IODE

ET

LES ARTICULATIONS DU PIED,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 décembre 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR HIPP. PLICHON,

Ex-Élève de l'École pratique; ancien interne des hospices et hôpitaux civils de Paris.

Fas sit mihi visa referre.
OVID., *Epist.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Suppléant.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Président.*

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers, *Suppléant.*	Gibert.
Baudelocque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'une éternelle reconnaissance.

HIPP. PLICHON.

DISSERTATION

MÉDICO-CHIRURGICALE

SUR L'EMPLOI DE L'IODE

ET

LES ARTICULATIONS DU PIED.

PENDANT un séjour de plusieurs années dans les hôpitaux, j'avais rassemblé des faits nombreux sur les maladies des yeux et du sinus maxillaire, et j'avais dessein de rapprocher les plus remarquables pour en faire le sujet d'une dissertation chirurgicale; mais le temps ne me permet pas d'achever ce travail et de subir une seconde épreuve.

Toutefois, croyant qu'il peut être utile de faire connaître quelques observations sur l'insensibilité de la rétine et les altérations qu'éprouve le cristallin dans la cataracte par abaissement, je me propose d'ajouter, comme complément à ma thèse, les faits que je possède sur ce sujet. Je dirai aussi les inconvéniens que j'ai reconnus dans une pratique conseillée par *Scarpa*, et que l'autorité de son nom a fait passer sans attaque; enfin, j'indiquerai une disposition anormale dans les articulations du calcanéum et de l'astragale avec le cuboïde et le scaphoïde. Sous le rapport chirurgical, l'exposition exacte du fait que

j'annonce n'est pas sans importance, puisque c'est entre ces os que se pratique l'amputation partielle du pied par la méthode de *Chopart ;* mais l'intérêt que cette anomalie présente ne s'arrête pas là, et, comme question d'anatomie et de physiologie, il s'y rattache encore quelque utilité. Je l'ai donc considérée sous ces différens points de vue.

Un autre sujet m'a encore occupé : interne pendant une année dans le service médical confié aux soins de M. *Magendie*, j'ai vu les préparations d'iode, sur lesquelles tant de médecins avaient déjà expérimenté, devenir l'objet de nouvelles recherches ; l'hydriodate de potasse, simple ou ioduré, servit surtout aux essais qui furent faits. J'ai suivi avec soin l'action de ce médicament, et je ne crois pas inutile de faire connaître ici les résultats obtenus. Employé dans les maladies les plus diverses, on pourra juger de ses différens effets : on verra qu'il a souvent échoué, soit contre l'ancienneté ou l'étendue soit contre la nature réputée incurable des affections qu'il était destiné à combattre ; mais on verra que de bons effets résultèrent aussi de son usage, que des guérisons obtenues furent durables.

Je n'ai pas cru devoir rapporter toutes les observations dans la longueur de leurs fastidieux détails, et, pour quelques-unes, je me suis borné à indiquer la nature et l'état de la maladie au commencement du traitement, la durée de celui-ci, la dose du médicament, et l'effet dernier de son emploi, sans suivre jour par jour les progrès du mal ou ceux de la guérison. Je pourrai verbalement suppléer à ce qu'on trouvera d'incomplet dans de pareilles observations.

Ces faits sont suivis de quelques réflexions, 1°. sur la nature des maladies qui ont été traitées, 2°. sur celles contre lesquelles il conviendrait que ce médicament fût surtout essayé, 3°. sur les effets de ce genre de médication.

Enfin, désirant mériter par mes efforts une approbation dont je suis jaloux, j'avais dessein d'aborder un sujet plus laborieux. L'asphyxie par submersion, considérée dans ses rapports avec la médecine légale, me paraissait un texte digne de recherches, d'étude

et de discussion; et voici ce que j'avais projet de faire sur cette matière :

Partant de ce point généralement admis, que l'air contenu dans les bronches et les vésicules pulmonaires des noyés est altéré jusqu'à ne plus contenir que 5 à 6 parties d'oxygène au lieu de 21, je m'étais demandé si ce fait d'une altération si profonde de l'air ne pourrait pas être de quelque utilité pour la solution de cette question médico-légale : « Un cadavre étant donné, reconnaître si l'individu auquel il appartenait est mort noyé. »

Pour résoudre cette question, un premier fait dont je devais m'assurer était celui-ci : Reste-t-il toujours dans les bronches et les vésicules pulmonaires des noyés une quantité suffisante d'air pour que cette quantité, recueillie, puisse être facilement soumise à l'analyse; et l'expérience sur les animaux m'avait répondu d'une manière satisfaisante sur ce premier point.

2°. Cet air ainsi recueilli était-il réellement altéré jusqu'à ne plus contenir que 5 à 6 parties d'oxygène? Et ce fait supposé exact, il devenait nécessaire de savoir combien de jours après la mort cette analyse pouvait être utilement faite. Cette troisième question ne devait jamais obtenir une solution rigoureuse; on ne pouvait y répondre que d'une manière approximative, car la décomposition des organes, qui arrivera plus tôt ou plus tard, suivant une foule de circonstances, mêlant des gaz nouveaux à ceux déjà contenus dans les vésicules pulmonaires, rendra toute analyse inutile.

Dans le même temps, d'autres expériences devaient encore être tentées; car de quelle utilité devenaient les premières si par l'analyse on n'était aussi fixé sur les qualités de l'air contenu dans les poumons après la mort produite par différentes maladies, telles que les lésions du cerveau, du poumon, du cœur et des intestins, ou par des accidens, tels que les hémorrhagies, la strangulation, etc.? et, supposé que l'expérience montrât toujours l'air recueilli dans ces derniers cas altéré à un moindre degré que celui qui sort des vésicules pulmonaires des noyés, un moyen de plus n'était-il pas donné pour résoudre

la question soulevée au commencement de cet article, et ne devenait-il pas utile qu'à l'autopsie légale d'un cadavre de noyé on interrogeât ce nouveau signe ?

Quelques expériences étaient déjà faites; mais, privé des facilités nécessaires pour achever promptement ce travail, j'ai dû l'abandonner avant que des recherches plus nombreuses soient venues m'apprendre si l'idée sur laquelle il repose était juste ou fausse.

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR L'EMPLOI

DES PRÉPARATIONS D'IODE DANS CERTAINES MALADIES.

L'IODE fut employé en médecine presque aussitôt que découvert. Les premiers essais qu'on fit de ce corps furent heureux, et engagèrent à répéter les expériences; il avait triomphé d'une affection souvent incurable (le goître), et il n'y avait pas de raison pour qu'il ne guérît encore toutes celles qui avaient eu jusqu'alors le même caractère d'incurabilité : aussi cette panacée nouvelle, s'il faut en croire les recueils publiés depuis quelques années, a vaincu les maladies les plus rebelles, phthisie pulmonaire et laryngée, tubercules mésentériques, cancer, syphilis, sous les formes les plus variées, tout a cédé à sa puissante influence. Chaque jour on nous annonce et on nous promet encore des guérisons aussi surprenantes; dans un des derniers numéros de la Revue, on apprend qu'un goutteux a été guéri par des frictions faites avec la pommade hydriodatée de potasse.

Ce fait m'en a rappelé un tout semblable et qui m'appartient. En 1826, je conseillai à M. P....., atteint à plusieurs reprises d'une douleur vive avec gonflement dans l'articulation métatarsienne de l'un des gros orteils, d'essayer des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, à laquelle je fis ajouter quelques gouttes de laudanum. Le malade s'est parfaitement trouvé du moyen; il a guéri pendant son usage, et la guérison se soutient encore : mais j'avouerai qu'il ne m'est jamais venu à l'idée de publier ce fait sous ce titre : *Guérison de la*

goutte par l'hydriodate de potasse ; il ressemble beaucoup cependant à l'observation que j'ai citée.

De ces miraculeux effets, de ces promesses dont il faut retrancher, il doit cependant rester quelque chose. L'iode a trouvé des partisans dans la classe des médecins praticiens, il a fait naître une sorte d'enthousiasme médical, il faut donc qu'il jouisse de quelques vertus réelles. C'est ce que nous allons tâcher de démontrer par une de ses préparations en particulier (l'hydriodate de potasse) : à cette fin, je rapporterai quelques observations dont il sera facile, si l'on veut, d'aller reconnaître l'exactitude.

J'avoue qu'à côté des prétendues guérisons de phthisie, de carreau, elles jeteront peu de lumière, et n'augmenteront pas la haute idée qu'on s'était faite des vertus de ce médicament. Ces observations roulent sur des maladies externes, telles que des altérations de la muqueuse du pharynx et de la bouche, des maladies de la peau, etc. Ici, par conséquent, il n'y a pas eu d'erreur possible sur l'existence et l'étendue du mal, sur sa nature, sur la réalité de sa guérison. En peut-on dire autant pour les maladies internes, telles que la phthisie, le carreau, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, dont le diagnostic, toujours plus difficile, est quelquefois impossible? On ne doit donc pas, ce me semble, donner toute confiance à ces guérisons annoncées. Le plus sage est d'attendre encore que des observations répétées et bien faites se publient ; jusque-là il me paraît raisonnable de douter.

Cette sévérité que je porte dans la censure des faits publiés est en faveur de ceux que je vais mettre moi-même sous les yeux de mes juges. Elle permet de supposer que j'ai vu sans prévention favorable les effets du médicament employé. Au reste, je donnerai encore une autre preuve de bonne foi et d'impartialité dans cette matière, en faisant connaître aussi quelques-uns des revers éprouvés.

La première observation que je vais donner, recueillie par moi en 1827, a déjà été publiée, par erreur, sous le nom de M. *Bérard*, dans le Journal de physiologie de M. *Magendie*. Cette circonstance ne m'empêchera pas de la reproduire toute entière.

Mon but, en présentant ce travail, n'est pas de décider la question des avantages et des inconvéniens attachés à l'emploi des préparations d'iode. Les faits que je possède sont en trop petit nombre pour cela, et ne peuvent offrir quelque utilité qu'en servant comme de témoins prêts à déposer pour ou contre, lorsque le moment de juger définitivement cette substance sera venu.

Ire. OBSERVATION. (Hospice de la Salpêtrière, salle Saint-Nicolas, lit n°. 5.)

La nommée ....., d'une constitution lymphatique, se porta bien jusqu'à l'âge de trente ans. Alors ses menstrues parurent moins régulièrement ; chaque retour était accompagné d'accidens assez graves ; quelques accès épileptiformes annonçaient leur prochaine apparition ; elles étaient très-abondantes, et le corps se couvrait de taches livides dans les derniers jours de leur durée. Cette disménorrhée alla croissant, et c'est alors, s'il faut en croire la malade, que survinrent de nouveaux accidens plus graves que les premiers.

Dans plusieurs parties du corps, aux cuisses, aux jambes, au-dessus des deux seins, sur le front, dans plusieurs parties de la tête, sur la face, survinrent de larges ulcérations dont elle ne pouvait exactement indiquer la cause. Il se développa encore dans quelques parties, sur le tibia du côté droit, sur le radius du même côté, des périostoses, et, à l'ouverture spontanée des abcès qui se formèrent, des fragmens de ces deux os furent entraînés.

L'aspect de ces larges ulcères, la tuméfaction du périoste, des végétations de la membrane muqueuse du pharynx et de la langue, enfin de larges ulcérations qui ne tardèrent pas à se développer sur cette dernière partie, firent présumer au médecin qui voyait alors cette malade qu'une infection vénérienne constitutionnelle était la cause de tous ces désordres. Cependant une circonstance importante et précieuse pour les conséquences qu'on pourrait ultérieurement tirer de cette observation, c'est que, malgré l'espérance qu'on lui donnait

d'une guérison certaine, si elle voulait éclairer sur les causes premières de sa maladie, cette femme fit toujours de son mal le même historique, et n'avoua jamais qu'elle eût eu la vérole. Après une dénégation aussi formelle, il est donc permis de douter que cette maladie fût de nature syphilitique.

Cependant elle fut soumise à un traitement mercuriel complet; les membres affectés étaient chaque jour plongés dans des bains de sublimé; le mercure et les sudorifiques étaient encore donnés à l'intérieur. Les ulcères des membres inférieurs, ceux des seins, se guérirent; mais il en resta de rebelles, il en survint même de nouveaux: ceux de la langue s'étendirent, et tout le bord droit et la moitié de la face supérieure du même côté étaient couverts d'une large ulcération. Peu à peu la malade perdit la voix; cette aphonie survint sans avoir été précédée de douleurs vives au larynx. On crut cependant que des ulcérations, semblables à celles qui existaient sur d'autres parties du corps, détruisaient lentement les cordes vocales.

Telle était sa situation lorsque M. *Magendie* fut chargé du service des Incurables, où elle était. Depuis près d'un an elle se trouvait soustraite à ce traitement, qui avait produit des effets si douteux, la cicatrisation de quelques ulcères, l'apparition d'un plus grand nombre.

Un jour qu'elle se plaignait d'une dyspnée plus violente que de coutume, M. *Magendie* ordonna dans un julep vingt-quatre gouttes de solution d'hydriodate de potasse, dans l'intention de rendre plus abondantes ses règles qu'elle attendait; mais bientôt, espérant un double bienfait de l'emploi de ce médicament, il me dit d'en continuer l'usage, d'en augmenter un peu la dose. Après six jours, elle fut portée à trente-six gouttes dans un julep. On ne tarda pas à s'apercevoir des heureux effets de son emploi; la surface des ulcères se nettoya rapidement, et, après quinze jours, celui qui couvrait la langue, et dont l'étendue était considérable, fut cicatrisé.

Ceux des autres parties du corps furent, à cause de leur étendue plus grande, un temps beaucoup plus long à se guérir; cepen-

dant, au trentième jour, il ne restait plus qu'une fistule au poignet droit, à travers laquelle on sentait le radius dénudé.

Il y avait près de trois semaines que cette femme se trouvait dans cet heureux état, lorsqu'elle fut prise en même temps d'une violente ophthalmie et d'une gêne extrême de la respiration.

La cicatrisation de ces vieux ulcères devait faire craindre quelque accident semblable à celui qui venait de se déclarer, et, dans l'espérance de les prévenir, j'avais rétabli un cautère que cette femme avait porté long-temps ; mais, comme cette gêne de la respiration n'était que l'exagération d'un phénomène morbide habituel chez elle, M. *Magendie* fit appliquer quelques sangsues à l'anus et des révulsifs aux membres inférieurs.

Cependant un examen plus attentif fit reconnaître le lendemain la cause de ces désordres ; et, quoique la malade n'accusât aucune douleur dans le larynx, M. *Magendie* s'aperçut aisément que la gêne si grande de la respiration tenait au défaut d'ouverture de la glotte. La maladie, dans toute sa durée, fut marquée par la plupart des symptômes attribués à l'œdème de la glotte, et surtout accompagnée de ces modifications si singulières de la voix, dont on a fait des signes propres à quelques maladies, et qui se lient si souvent à l'existence du rétrécissement du tube laryngo-trachéal, quelle que soit la cause qui le produise.

On eut recours au traitement antiphlogistique, quoique la maladie manquât de quelques-uns des caractères propres aux phlegmasies. On ne fit point la trachéotomie, quoique cette opération semblât bien indiquée. La malade succomba le huitième jour à une véritable asphyxie lente.

Autopsie. Embonpoint général, etc. ; la poitrine et l'abdomen sont ouverts ; les intestins, l'estomac n'offrent aucune lésion apparente ; les poumons sont livides, gorgés de sang, les bronches remplies de mucus jusque dans leurs plus petites ramifications. La membrane muqueuse de la trachée est très-rouge, mais cette rougeur cesse brusquement dans le larynx. Dans l'intérieur des ventricules, sur les

cordes vocales, dans tout l'espace compris entre la glotte et l'épiglotte, la membrane muqueuse est couverte de végétations dures et blanchâtres, la glotte est à peine assez large pour laisser passer un tuyau de plume.

II^e. OBSERVATION.

La seconde observation que je vais rapporter a plus d'un point de contact avec la précédente, et il sera facile de reconnaître une similitude parfaite dans les altérations de la muqueuse de la langue.

La nommée Madelaine, âgée de quarante et un ans, avait été traitée et guérie, il y a quatre ou cinq ans, de larges ulcères qu'elle portait depuis long-temps aux deux jambes. Aussitôt après la guérison, des accidens étaient survenus, et leurs premiers effets s'étaient fait sentir vers la poitrine et le larynx : accès de suffocation, douleur dans la région du cou, aphonie, etc., de larges et de profondes ulcérations ne tardèrent pas non plus à se montrer sur la langue, la face et le cou.

Lorsque, en 1827, elle entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, elle était dans l'état suivant : le nez est en partie détruit, cinq à six croûtes jaunâtres, épaisses de plusieurs lignes, recouvrent des excroissances molles et fongueuses qui existent sur différentes parties de la face ; une ulcération inégale et grisâtre, à bords durs et élevés, occupe toute la surface palatine de la langue, et de tous les points de cette même surface s'élèvent des fongosités de plusieurs lignes de hauteur.

Le 27 juin, on commença le traitement par la solution d'hydriodate de potasse, donnée à la dose d'un gros dans un julep. En peu de jours il s'était fait une amélioration sensible dans l'étendue et l'aspect de l'ulcération qui couvrait la surface de la langue ; enfin, le vingt-quatrième jour de l'emploi de la solution la cicatrisation était achevée.

Les fongosités et les croûtes de la face restèrent long-temps dans le

même état, et au mois de décembre, époque à laquelle je quittai la malade pour entrer dans un autre service, aucun changement heureux ne paraissait encore se faire de ce côté.

Mais, depuis ce temps, je me suis assuré qu'une guérison parfaite avait été obtenue. Au 1^er^. mars 1828, toutes les croûtes étaient tombées, et le visage entièrement guéri. J'ai revu cette femme, il y a peu de jours (24 novembre), la guérison se soutient. Pendant toute la durée du traitement, la dose de solution d'hydriodate de potasse ne s'est jamais élevée à plus de deux gros par jour.

III^e^. OBSERVATION.

La nommée Alexandrine Viller, aliénée, âgée de trente-cinq ans, contracta la gale il y a plusieurs années, et peut-être aussi la syphilis, car la voûte et le voile du palais portaient la trace d'anciennes cicatrices; elle n'avoue cependant pas cette dernière maladie.

Il y a quatre ans, il lui vint sur une des ailes du nez un bouton rouge et douloureux; d'abord saillant, il s'étendit bientôt en surface et s'ulcéra. L'ulcération s'agrandit, se couvrit d'une croûte épaisse et jaunâtre, celle-ci de temps en temps tombait d'elle-même, ou était arrachée par la malade; enfin, l'ulcération gagnant en étendue et en profondeur, le nez ne tarda pas à être détruit.

Entrée à l'infirmerie au commencement de 1828, la face était alors recouverte, dans une étendue d'environ trois pouces, de larges et profondes ulcérations, recouvertes elles-mêmes de croûtes jaunâtres et comme lamellées. La malade fut mise à la solution d'hydriodate de potasse, et en prit depuis un gros jusqu'à quatre gros dans un julep. Après six semaines de ce traitement, on fut obligé, à cause de sa méchanceté et de son insubordination, de renvoyer cette femme dans la division des loges. Quelques temps encore et la guérison était parfaite; mais, soustraite trop tôt au traitement qui avait si promptement amélioré son état, cette malade vit s'élever autour

des cicatrices récentes de petits boutons tuberculeux. Quelques-uns se sont ulcérés, d'autres sont encore à l'état de tubercules.

Cette observation, malgré cette apparence d'insuccès, me semble tout aussi probante que les deux premières ; et je ne doute pas un moment que ce traitement, plus long-temps continué, n'eût amené une guérison parfaite ; je ne doute pas plus que, recommencé aujourd'hui, il ne ferait disparaître encore les nouveaux symptômes.

Il devient inutile de multiplier les exemples de maladies du même genre promptement guéries par l'emploi de la solution d'hydriodate de potasse à des doses élevées. Je crois mieux faire en rapportant une observation d'une maladie toute différente, traitée de la même manière et avec un égal succès.

IV°. OBSERVATION.

La nommée Lefebvre, âgée de entra à la Salpêtrière au mois de janvier 1828; elle sortait des salles de la Pitié; elle disait avoir un cancer ulcéré du sein, et c'était là, suivant elle, la cause de son admission dans l'hospice.

L'examen fit reconnaître des ulcérations larges et blafardes, qui couvraient la poitrine en formant sur sa partie antérieure une espèce de demi-ceinture. La cause du mal sévissait ailleurs avec une égale activité, car les trois derniers métacarpiens, et les phalanges correspondantes de la même main étaient le siége d'un gonflement considérable. Un pus sanieux et fétide sortait par plusieurs ouvertures fistuleuses qui se trouvaient à la face dorsale du métacarpe. Des chairs fongueuses entouraient ces ouvertures.

L'affection fut jugée de nature scrophuleuse, et, comme telle, traitée par la solution d'hydriodate de potasse ; la dose s'éleva dans la durée du traitement de un à quatre gros. Après trois mois les ulcérations de la poitrine étaient cicatrisées, et le gonflement des métacarpiens et des phalanges diminué de plus de moitié.

Les ouvertures fistuleuses existent toujours, de fréquentes applications de nitrate d'argent ont détruit les chairs fongueuses qui les entouraient.

Des quatre observations que j'ai rapportées jusqu'ici, il n'en est pas une seule qui ne soit tout en faveur de l'emploi de l'hydriodate de potasse. Je pourrais, empruntant toujours à la pratique du même médecin, en citer encore quelques autres où des affections de même nature furent traitées et guéries dans un temps assez court; mais mon intention n'est pas de m'attacher seulement à présenter des succès, et je tiens aussi à offrir une espèce de tableau des tentatives faites avec ce médicament contre des maladies différentes, quels qu'en soient les résultats.

Continuons donc l'espèce d'examen que nous avons commencé.

Dans l'année 1827, M. *Magendie*, encouragé par les succès qu'il venait d'obtenir, et que j'ai déjà fait connaître, se flatta de l'espoir qu'il pourrait peut-être, par ce même moyen, combattre heureusement quelques-unes des affections cancéreuses, si communes dans les salles des femmes incurables qui étaient à cette époque confiées à ses soins. Mais, ainsi qu'il le fait remarquer lui-même, ce n'était pas sur cette maladie naissante qu'il allait essayer la puissance de ce médicament; c'était contre cette maladie déjà vieillie dans des corps épuisés par ses ravages, aussi n'a-t-il pas été permis de compter un succès. Cette circonstance me dispensera d'être minutieux dans le récit des observations que je vais présenter. Ce soin, surtout nécessaire quand on publie des succès, le devient moins lorsqu'on a des revers à faire connaître; rarement, dans ce dernier cas, trouve-t-on des incrédules. Cependant, pour qu'on puisse juger de la gravité des maladies cancéreuses qu'on a essayé de combattre, je ferai connaître, dans une courte analyse de quelques observations, le siége et l'étendue du mal, la dose du médicament : ce dernier point sera sans doute de quelque intérêt, à cause même des doses auxquelles il était administré.

V^e^. OBSERVATION.

Marie Fourdrain, âgée de soixante-quatorze ans, salle Sainte-Marthe, lit n°. 13. Affection cancéreuse de la face. — *Origine :* un bouton cancéreux de la peau développé sur la lèvre supérieure. Le mal fit lentement des progrès pendant vingt années. — *État de la malade au moment du traitement :* destruction de la lèvre supérieure, du nez, d'une portion de l'arcade dentaire et de la voûte palatine. (Un gros de solution d'hydriodate de potasse dans un julep.) Le traitement, commencé le 5 mai 1827, fut continué jusqu'au 6 juillet de la même année ; la dose du médicament, peu à peu augmentée, avait été portée à quatre gros de solution (dix-huit grains de sel dans les vingt-quatre heures). La maladie faisant toujours des progrès, on cessa de tourmenter cette femme par une médication aussi active.

VI^e^. OBSERVATION.

Une femme âgée de trente-cinq ans, salle Saint-Vincent, lit n°. 1. Végétations squirrheuses des grandes lèvres avec ulcérations ; induration de la peau de la partie interne des cuisses et du mont de vénus, etc.

Elle fut mise au même traitement pendant trois mois, mais sans plus de succès.

VII^e^. OBSERVATION.

Manotte, veuve Cotte, âgée de soixante-trois ans, salle Saint-Vincent, lit n°. 2. Il y a cinq ans, un bouton cancéreux se montra sur l'aile droite du nez ; la maladie fit d'assez rapides progrès, et aujourd'hui l'ulcération, de trois pouces de hauteur sur deux de largeur, a détruit toute l'aile droite du nez et une partie de la peau voisine.

Le 15 octobre 1828, la malade fut mise à la dose de deux gros de solution d'hydriodate de potasse, en peu de jours portée à quatre

gros ; on continua le traitement jusqu'au 19 novembre. Pendant les vingt premiers jours du traitement, l'ulcération s'était détergée, des chairs plus vives existaient à sa surface, et la cicatrisation paraissait se faire à la fois au centre et à la circonférence ; le 19 novembre, ce progrès apparent vers la guérison n'existait plus. M. *Magendie* fit suspendre le traitement, mais avec l'intention de le reprendre un peu plus tard.

En même temps que ces tentatives étaient faites contre les affections cancéreuses, M. *Magendie*, s'appuyant sans doute sur les propriétés qu'a l'iode d'atrophier quelques organes, et ceux surtout dont les tissus sont développés d'une manière morbide, pensa qu'il pourrait retirer quelque avantage des préparations de ce corps dans les hypertrophies du cœur.

Ces essais furent faits à la fois à l'hôpital et dans sa pratique particulière ; des résultats bien différens ont été obtenus dans ces deux circonstances. Dans le premier cas, agissant toujours sur des vieillards, il n'y eut aucun succès marqué, et je crois inutile de donner des observations qui l'attestent ; mais une compensation heureuse de ces revers est venue, dans la pratique particulière, l'inviter à continuer l'usage d'un moyen qu'il a, je crois, employé le premier dans cette maladie.

Plusieurs fois des adultes ou des jeunes gens qui présentaient tous les symptômes d'une hypertrophie des parois des cavités droites ou gauches, avec ou sans dilatation, ont été traités par la solution d'hydriodate de potasse à des doses élevées (dix-huit grains, et plus, de sel étaient administrés toutes les vingt-quatre heures dans un julep), et après un temps assez court, quinze ou vingt jours environ, tous les symptômes disparaissaient.

J'aurais désiré pouvoir donner quelque observation détaillée à l'appui de ces assertions, mais je ne puis que transcrire ce que M. *Magendie* m'a fait connaître sur ce point par d'obligeantes communications. Ce médecin, frappé lui-même de la différence des résultats que je viens de signaler dans sa pratique particulière et dans les salles

de l'hospice, croit pouvoir l'expliquer par la seule différence des âges des individus soumis à ces essais.

Après toutes ces observations, il ne serait peut-être pas hors de lieu d'ajouter quelques réflexions, 1°. sur la nature des maladies qui ont été traitées, 2°. sur celles contre lesquelles il conviendrait que l'on fît de nouveau des tentatives avec ce médicament, 3°. sur ses effets; mais, de ces trois sujets également ouverts à l'examen, à la discussion, je ne dois m'arrêter qu'au dernier. Pour la première question, elle est suffisamment résolue par les observations elles-mêmes; et, pour aborder utilement la seconde, il me faudrait faire plus que de consulter mon expérience : je devrais emprunter des faits à la pratique de tous les médecins, discuter leur valeur, et conclure alors à telle ou telle application nouvelle du médicament; mais ce travail ferait à lui seul le sujet d'une thèse pleine d'intérêt. Je vais donc me borner à faire connaître, d'après mes seules observations, quels ont été les effets communs de cette substance. Presque toujours prescrite à des doses très-élevées, ce mode d'administration était bien propre à rendre sensibles les moindres effets de cette substance, et à développer des accidens que beaucoup de médecins ont signalés. Aussi ma surprise fut grande lorsqu'après plusieurs mois d'examen des malades soumis à l'usage de l'hydriodate de potasse, je ne vis paraître aucun des phénomènes que je m'attendais à étudier en eux; et, à l'exception d'une plainte commune portée par tous les malades contre l'amertume de cette substance et l'espèce de constriction qu'elle produisait à la gorge, ils n'accusaient rien. La soif, les douleurs épigastriques, la diarrhée, la céphalalgie, l'engourdissement des membres supérieurs, ne parurent pas, et bien moins encore ces gastro-entérites, ces ulcérations de l'estomac, symptômes plus graves indiqués par quelques praticiens et signalés aussi par M. *Guersent*.

Je me suis encore appliqué à observer l'action de cette substance sur l'utérus et les mamelles. Sur ce premier organe, elle a été plusieurs fois évidente, soit en augmentant la quantité des règles, soit en les rendant plus fréquentes; chez quelques femmes même qui avaient

cessé d'être réglées, il survint quelquefois un écoulement muqueux non habituel.

Son action sur les mamelles ne m'a jamais paru aussi marquée; mais cette circonstance tient peut-être à ce que, chez des femmes âgées, du tissu graisseux remplace la glande mammaire, qui s'atrophie; cependant il se pourrait encore que son action sur cette glande et sur les testicules fût moins prononcée qu'on ne le pense généralement; car M. *Magendie*, qui a soumis de jeunes femmes et des hommes adultes à cette médication énergique, n'a jamais vu les mamelles s'affaisser et les testicules s'atrophier d'une manière sensible.

On voit que les résultats généraux des observations que j'ai citées ne sont pas toujours d'accord avec ceux annoncés par quelques médecins; il serait curieux et utile tout à la fois de chercher la raison de ces différences.

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR LE BROIEMENT DU CRISTALLIN,

ET LE PASSAGE DE SES FRAGMENS DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

Dans les cas où l'on opère sur une cataracte molle, *Scarpa* a donné le conseil de déchirer la partie antérieure de la capsule, de diviser le cristallin en petits fragmens, et de les pousser dans la chambre antérieure, d'où l'absorption les fait bientôt disparaître. L'expérience de tous les jours confirme la bonté de ce conseil; il y a unanimité sur ce point.

Mais lorsque, donnant au précepte du professeur de Pavie une extension pratique trop large, quelques médecins font passer dans la chambre antérieure le cristallin tout entier ou seulement ses fragmens volumineux, comme dans le cas précédent y a-t-il encore avantage? Je vais essayer de répondre à cette question en rapportant d'abord quelques faits que j'ai recueillis. En attendant, rappelons que M. *Hey* ferait un précepte de cette manière d'opérer s'il était possible que le cristallin traversât toujours l'ouverture pupillaire sans déchirer l'iris; que M. *J. Cloquet* juge cette manière de faire sans inconvéniens, et que M. *Dubois* a plusieurs fois employé ce procédé avec succès.

Toute imposante qu'est l'autorité de ces praticiens distingués, je crois cependant que l'opinion de M. *Hey* a trouvé peu de partisans, la pratique de M. *Dubois* peu d'imitateurs; loin de là, il y a accord

parmi les médecins sur les inconvéniens et la réalité des dangers qui suivent le passage du cristallin dans la chambre antérieure. Aux faits déjà connus et qui confirment cette assertion je puis en ajouter trois autres.

Ire. OBSERVATION.

En 1825, je vis, à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, un homme qui, un an avant, avait été opéré par abaissement d'une cataracte de l'œil gauche. La chambre antérieure était occupée par un fragment du cristallin qui, au moment de l'opération, avait traversé l'ouverture pupillaire; placé au milieu de l'espace, il représentait encore à peu près la moitié de la lentille; la prunelle était déformée. Immédiatement après l'opération et dans les premiers jours qui l'avaient suivie, le malade voyait; mais des douleurs étant survenues, il avait cessé de voir de cet œil. Je n'hésitai pas à attribuer cet accident à la moitié du cristallin immobile au-devant de l'iris, sur lequel il appuyait; il était, pour ainsi dire, enchâssé entre les deux membranes qui forment les limites de la chambre antérieure.

IIe. OBSERVATION.

Depuis lors j'ai trouvé un fait pareil sur le cadavre d'une vieille femme morte à la Salpêtrière.

Le cristallin, opaque, occupait la chambre antérieure; j'ignore depuis combien de temps il tenait cette nouvelle place, et si c'était consécutivement à une opération. Ici il existait une ophthalmie intense; la cornée était ulcérée.

IIIe. OBSERVATION.

Enfin dans l'été de 1827, M. *Magendie* opéra dans le même hôpital un assez grand nombre de vieilles femmes par la méthode de l'a-

baissement. Chez l'une d'elles, le cristallin se partagea en deux fragmens ; le plus volumineux, s'étant engagé dans l'ouverture de l'iris, fut poussé aussitôt dans la chambre antérieure, dont il vint occuper la partie déclive. On comptait sur une rapide absorption, mais on s'était trompé. Quelques jours après l'opération, il survint de la douleur; l'œil était faiblement enflammé ; la prunelle était nette, mais la malade ne voyait pas. Pendant près de deux mois, elle ne cessa de se plaindre, et le fragment du cristallin qui occupait la chambre antérieure n'était pas sensiblement diminué quatre-vingt-dix jours après l'opération. Le besoin de lits fit alors renvoyer cette femme dans sa division, et j'ignore ce que depuis lors il est survenu.

Mais de pareils faits restent sans intérêt et sans utilité si, rapprochés de ceux déjà connus, on n'en tire quelques conséquences pour la pratique ; un petit nombre de propositions vont expliquer ma pensée sur cette matière.

1°. La cataracte est-elle molle, le cristallin est-il divisé en de nombreux fragmens, il n'y a pas inconvénient, il y a même avantage à les faire passer dans la chambre antérieure. La petitesse de ces débris leur permet de se mouvoir dans l'humeur aqueuse qui les délaie; ils ne se placent pas invariablement dans un point, et ne compriment pas douloureusement la cornée et l'iris.

2°. Le cristallin opaque reste-t-il entier sous l'aiguille, s'est-il divisé en une couple de fragmens, c'est dans le corps vitré qu'il convient de les pousser et de les retenir.

Mais le cristallin lui-même ou l'un des morceaux de sa division à pénétré dans la chambre antérieure ; que faut-il faire? Attendra-t-on, pour pratiquer une seconde opération, que des symptômes inflammatoires, déterminés par le volume de ce corps enchâssé et retenu immobile entre ces deux membranes, en prouve toute l'utilité, ou, dans la crainte des accidens qui peuvent survenir, cherchera-t-on de suite à le déplacer ou à l'extraire? Je serais tenté de répondre d'une

manière affirmative à cette dernière question ; et je crois que, soit qu'on fasse sortir le cristallin par l'incision de la cornée, soit qu'on tente de le ramener dans le corps vitré par le chemin qu'il a parcouru, c'est de suite peut-être qu'il conviendrait d'agir. Il y aurait à cette manière de faire des avantages, dont le premier serait d'opérer sur des parties non enflammées, ce qui n'aura plus lieu si l'on attend l'apparition des désordres que peuvent produire le cristallin ou ses fragmens volumineux. En second lieu, on rend la guérison plus prompte en extrayant ou déplaçant le corps, dont l'absorption serait toujours lente, alors même que sa présence ne provoquerait pas d'accidens fâcheux. D'autre part, il y aurait aussi à cette pratique des inconvéniens, tel serait celui de soumettre le malade à une seconde opération, qui double les dangers et diminue d'autant les chances de succès, lorsque rien ne peut garantir encore que les accidens redoutés seraient survenus.

On voit qu'effrayé des suites graves que j'ai observées du passage du cristallin dans la chambre antérieure je me suis peut-être un peu trop hâté de donner un conseil, contradictoirement à l'opinion de quelques médecins. Pour que mon avis fût bon et acceptable, il faudrait que j'eusse observé plus souvent les accidens que j'ai signalés ; enfin, il eût été à désirer qu'il me fût possible de dire rigoureusement dans quel rapport les revers sont aux succès, lorsque, par la volonté de l'opérateur ou fortuitement, le cristallin passé dans la chambre antérieure y est abandonné à l'absorption. Mais des faits assez nombreux pour établir ces proportions ne sont pas venus à ma connaissance.

A la suite de ces observations sur la cataracte, il ne sera pas hors de lieu de dire quelques mots des changemens qu'éprouve le cristallin dans le corps vitré, non que j'entende donner ici la description de tous ceux qui se font autour de ce corps et en lui jusqu'à son entière absorption. Mais, supposant que les phénomènes qui surviennent immédiatement après la dépression sont peu connus, parce que

la mort donne rarement à cette époque l'occasion de les étudier, ce sont ceux-là seulement que je signalerai. Je n'ai pas laissé échapper la seule circonstance qui se soit offerte à moi de faire ce genre d'étude. Voici cette observation :

Dans le courant de l'été de 1827, une femme, âgée de cinquante-neuf ans, fut opérée par M. *Magendie;* les deux cristallins furent abaissés et retenus dans le corps vitré. Quelques jours après l'opération, il survint une phlegmasie légère de la conjonctive, qui n'empêchait pas la malade de jouir à la dérobée du bienfait de la vue, que l'opérateur venait de lui rendre. Mort soudaine le vingt-unième jour.

Dans la durée de cette opération, M. *Magendie* voulant nous donner une preuve de l'insensibilité de la rétine, répéta devant nous l'expérience qu'il avait déjà faite sur les animaux et sur l'homme; il piqua cette membrane avec son aiguille, et la malade ne ressentit pas de vive douleur

Autopsie. Les deux cristallins, placés dans le corps vitré, à sa partie inférieure et externe, et à une ligne et demie à peu près de la face postérieure de l'iris, sont enveloppés d'un nuage formé de fausses membranes blanchâtres, semblables à ces flocons qui se développent à la surface des séreuses enflammées. L'irritation que le cristallin produit sur la membrane du corps vitré détermine sans doute leur formation, et il se pourrait qu'elles dussent servir de liens qui, plus tard, empêchassent ce corps de revenir occuper son ancienne place. Mais, après un temps plus long, que deviennent ces fausses membranes? s'organisent-elles, ou sont-elles détruites et absorbées lentement avec le cristallin? Rien dans les auteurs ne peut servir à éclairer cette question, car tous, je crois, se taisent sur leur existence.

Malgré leur silence sur ce point, je pense que ces fausses membranes se développent dans tous les cas, qu'elles ne disparaissent pas

par l'absorption, qu'elles changent seulement de coloration en s'organisant, et qu'elles prennent enfin tous les caractères de la membrane hyaloïde, sur laquelle elles se sont développées. C'est cette raison qui ne permet plus de les distinguer lorsque, quelques mois, une année après l'opération, on a occasion d'examiner les changemens qu'éprouve le cristallin.

J'ai en faveur de mon opinion les phénomènes qui se passent dans l'organisation des fausses membranes développées sur les séreuses, et je ne crois pas forcer les analogies.

Une observation de la nature de celle-ci a été recueillie, il y a peu de temps, à la clinique de l'hospice de l'École de médecine, et publiée dans plusieurs journaux. La malade avait succombé le quatrième jour après l'opération. On doit regretter que les auteurs n'aient pas fait connaître l'état des cristallins; cette circonstance, omise, était cependant le complément nécessaire de cette observation.

RÉFLEXIONS

SUR QUELQUES ANOMALIES QUE PRÉSENTENT LES ARTICULATIONS ASTRAGALO-SCAPHOÏDIENNE ET CALCANÉO-CUBOÏDIENNE.

La connaissance de certaines dispositions insolites dans les rapports et la liaison des parties du corps humain est souvent d'un intérêt marqué pour le chirurgien. Cette seule considération me détermine à indiquer ce que m'ont offert de particulier et d'anormal les articulations des os du tarse.

Je commencerai par rappeler la disposition la plus ordinaire de ces parties. Cette manière a, selon moi, le double avantage de rendre la description et l'intelligence des faits plus faciles, en permettant à celui qui en prend connaissance, comme à celui qui les décrit, de comparer à tout moment.

Voyons d'abord les articulations du calcanéum et de l'astragale avec le cuboïde et le scaphoïde dans leur état normal.

L'astragale et le calcanéum en arrière, en avant le cuboïde et le scaphoïde, encroûtés de cartilages et tapissés de synoviales, forment un double plan pour ces articulations. Dans la rangée antérieure le cuboïde et le scaphoïde, étroitement unis, offrent une surface fort irrégulière, dont l'étendue varie dans son grand diamètre transversal entre vingt et trente lignes; et souvent entre les deux pieds du même

sujet il y a une différence d'une à deux lignes en faveur du pied droit. Le diamètre vertical est aussi peu fixe. J'en pourrais dire autant pour le plan postérieur formé par le calcanéum et l'astragale, dont les variations d'étendue sont nécessairement aussi nombreuses ; mais toutes ces différences sont sans intérêt pour le but que je me propose ; occupons-nous seulement de ce qui peut être utile à la pratique des opérations, et, pour cela, sachons d'abord si les deux os qui forment la rangée antérieure ou la rangée postérieure sont toujours sur la même ligne, ou si l'un d'eux ne dépasse pas l'autre.

Je vais rapporter ce que l'examen d'un assez grand nombre de cadavres m'a appris à ce sujet. Je crois que le résultat de ces recherches pourra surprendre, car il n'est pas tout à fait d'accord avec l'opinion communément reçue.

On verra que l'extrémité antérieure du calcanéum ne dépasse pas toujours d'une ou deux lignes l'extrémité antérieure de l'astragale. Cette disposition, qui est à la vérité la plus fréquente, est aussi la seule indiquée dans les ouvrages d'anatomie. D'après cela, on pourrait la croire invariable et constante, tandis qu'il s'en faut bien qu'il en soit ainsi. En effet, il n'est pas rare de rencontrer les deux os sur le même plan, et à peu près aussi souvent on trouve une disposition des surfaces articulaires toute opposée à la première que je viens d'indiquer ; c'est-à-dire que la tête de l'astragale peut dépasser l'extrémité antérieure du calcanéum d'une étendue égale à celle dont celui-ci le dépasse communément, une ou deux lignes environ.

On doit penser tout naturellement que le plan formé par le cuboïde et le scaphoïde suit des variations correspondantes ; c'est-à-dire que, lorsque le calcanéum est dépassé par l'astragale, le cuboïde est en même temps rejeté en arrière, et dépasse dans ce sens le scaphoïde d'une à deux lignes. J'ajouterai que lorsque cette disposition se rencontre, on voit assez ordinairement la tête de l'astragale faire sous les tégumens une saillie si prononcée, qu'on serait au premier

coup-d'œil disposé à croire à l'existence d'une ancienne luxation de cet os sur le scaphoïde.

Les liens qui unissent ces os ne m'ont présenté rien de remarquable, et je crois superflu de rappeler ici avec détail leur nombre, leur disposition et leur force. Mais un de ces ligamens va cependant fixer mon attention, c'est celui qu'on désigne sous le nom de *calcanéo-scaphoïdien externe*, faisceau fibreux, dense et serré; il s'attache, d'une part, à l'extrémité antérieure et interne du calcanéum, se continuant quelquefois avec les fibres du ligament calcanéo-sous-astragalien. Son autre insertion a lieu à une partie plus ou moins étendue de la circonférence externe du scaphoïde; il a deux ou trois lignes de longueur, et trois ou quatre de hauteur; sur les deux faces les synoviales des articulations se recouvrent.

Mais chez quelques sujets, à la place de ce ligament se trouve un cartilage épiphysaire, qui unit le scaphoïde au calcanéum, et qui passe plus ou moins rapidement à l'état osseux, absolument comme les cartilages qui joignent les extrémités articulaires au corps des os longs sont envahis plus tôt ou plus tard par les progrès de l'ossification. J'ai rencontré plusieurs fois ces dispositions différentes; mais, pour que l'on ne soit pas en droit de supposer qu'elles étaient le résultat de ces changemens qui surviennent souvent dans les articulations des vieillards, pour qu'on ne pense pas que je m'en suis laissé imposer par ces soudures si fréquentes dans un âge avancé, je ferai remarquer que c'est toujours sur de jeunes sujets que ces observations ont été faites, et que chez eux aucunes des articulations du pied, qui, plus serrées, s'ossifient les premières, n'offraient encore ce genre d'altération.

Dans ce moment je possède deux pièces anatomiques qui offrent cette anomalie de structure. Ces deux pieds appartenaient à une femme âgée de trente ans. Sur le gauche, l'ossification du cartilage épiphysaire n'était pas encore complète; elle était achevée sur le droit.

C'est en voulant faire l'amputation partielle du pied par la mé-

thode de *Chopart*, que surpris, après avoir ouvert l'articulation astragalo-scaphoïdienne, de ne pouvoir pénétrer de suite dans celle du calcanéum avec le cuboïde, je me ressouvins de la disposition anormale que j'avais déjà rencontrée, et je me mis à enlever avec soin toutes les parties molles qui recouvrent la face supérieure de cette articulation. Alors je pus voir clairement que le calcanéum ne formait plus qu'un seul os avec le scaphoïde. Une languette osseuse, plus haute et plus épaisse que le ligament calcanéo-scaphoïdien externe, avait remplacé celui-ci, et servait de moyen d'union aux deux os. Un trait de scie rompit leur continuité, et me permit d'achever mon opération. Toutefois, je crus devoir conserver la pièce anatomique, et m'assurer si l'autre pied n'offrirait pas une pareille disposition. Ma supposition se trouva être juste.

Cette anomalie est-elle fréquente ?

Quelque signe peut-il sur le vivant en faire connaître l'existence ?

Peut-elle modifier sensiblement les mouvemens des articulations du pied ?

Sa connaissance est-elle de quelque utilité pour la chirurgie ? Toutes questions que je devais me proposer, et qui me semblent être d'une solution facile.

Des auteurs d'anatomie que j'ai consultés pour m'assurer si ce fait était venu à leur connaissance, aucun n'en a parlé. *Winslow*, *Sabatier*, *Bichat*, *Meckel*, M. *Hippolyte Cloquet*, M. *Velpeau*, dans son Traité de l'anatomie des régions du corps humain, tous gardent le silence sur ce sujet. Il faut donc en conclure que cette disposition anormale est rare, puisqu'elle a échappé à leurs recherches. Il m'est cependant arrivé de la rencontrer trois fois, et je serais surpris que les personnes qui s'exercent à la pratique des opérations ne l'eussent jamais observée.

Je puis représenter les deux pieds qui m'ont dernièrement offert cette disposition, et il sera facile de juger que l'union de ces os n'est pas produite par cette ossification, qui, à une époque avancée de la vie, envahit ensemble les surfaces articulaires, les tissus fibreux et

les vaisseaux ; ce qui alors, malgré sa fréquence, sa généralité, n'en est pas moins un phénomène morbide. Pour moi, du moins, je crois que cette production osseuse, qui soudait le calcanéum au scaphoïde, dans les observations que j'ai rapportées, ne dépendait pas de la même cause, car elle n'avait pas les mêmes caractères. En effet, autour de cette soudure, cartilages, ligamens, tout avait conservé sa forme et ses propriétés ordinaires : en est-il ainsi dans les ossifications qui résultent de l'âge ?

J'ignore si quelques espèces d'animaux ne présentent pas à l'état normal cette disposition accidentelle chez l'homme. J'avouerai aussi que je n'ai rien observé qui puisse pendant la vie faire reconnaître l'existence de cette structure. Les pieds qui me l'ont offerte ne me paraissaient ni altérés dans leur forme ni viciés dans leurs mouvemens. Je suis bien persuadé, malgré cela, que cette disposition doit apporter quelque changement dans la mobilité des différentes articulations de ces parties. Je vais tâcher d'indiquer quelles doivent être ces modifications.

Dans la flexion du pied sur la jambe, c'est l'articulation tibio-astragalienne qui est le siége principal de ce mouvement ; mais si la flexion est forte, il me paraît certain que le scaphoïde ou le cuboïde doivent la partager, et que leurs surfaces articulaires glissent de bas en haut sur la tête de l'astragale et du calcanéum, pour augmenter la flexion. Dans ce cas particulier, dont nous nous occupons, ce dernier mouvement doit être perdu ; l'ossification qui réunit le calcanéum et le scaphoïde y porte un obstacle insurmontable. Alors, je pense que les articulations plus lâches du scaphoïde avec les trois cunéiformes y suppléent. Ceux-ci glissent sur la surface antérieure du scaphoïde, et le cuboïde conserve ses mouvemens sur la tête du calcanéum. Même mécanisme dans l'extension, seulement en sens inverse.

Quant aux mouvemens de rotation du pied en dedans et en dehors, qui se passent presque en entier dans les articulations du calcanéum et de l'astragale avec le cuboïde et le scaphoïde, ils souffrent aussi de

notables altérations. Je crois que la tête de l'astragale roule alors sur la surface concave du scaphoïde immobile ; que les articulations cunéennes postérieures servent encore à étendre ce mouvement. Mais, en somme, la théorie, plus que l'exacte observation, peut faire admettre ces explications un peu hasardées. Moins de doute va régner dans la solution de la dernière question que je me suis proposée.

La connaissance de cette disposition anormale est-elle de quelque utilité pour la pratique de la chirurgie ?

Il est certain que, bien que très-rare, cette disposition pouvant se rencontrer, il est avantageux de la connaître. Je veux bien croire qu'une main habile, exercée à faire pénétrer sans peine un instrument dans les articulations les plus serrées et les plus irrégulières des os du pied, ne sera pas arrêtée par cet obstacle. Je sais que l'opérateur, à qui la disposition des surfaces articulaires est exactement connue, pourra deviner la cause de cette difficulté qui se présente à l'achèvement de son opération, et trouver aussitôt le vrai moyen de la vaincre. Mais, d'un autre côté, on sera obligé de convenir que, pour les médecins peu habitués aux opérations, ou rouillés dans leur art par une pratique peu étendue, cet obstacle imprévu aura de la valeur. Je suppose, en effet, l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde ouverte ; mais ils ne trouvent plus de passage à celle du calcanéum avec le cuboïde. La lame de l'instrument qu'ils conduisent, dirigée en avant ou en arrière, rencontre dans ce dernier sens le col du calcanéum, et peut être brisée. Mais si, fidèles au précepte, ils portent le couteau d'arrière en avant, de dedans en dehors pour inciser le ligament calcanéo-scaphoïdien externe, et rencontrant toujours des tissus osseux, ils peuvent hésiter et croire que leurs connaissances sont en défaut. Oseront-ils alors donner un trait de scie, seul moyen à employer pour pénétrer de suite dans l'articulation cherchée, et finir promptement l'opération. Je ne le pense pas : ils ont, pour aides et pour témoins des hommes de la même profession, et devant lesquels il blesserait leur amour-propre, d'imparfaire une opération réputée facile ;

et cependant on ne peut se dissimuler qu'il faudra qu'ils en viennent un peu plus tard à l'emploi de ce moyen, si, à force de tâtonner et de frotter le tranchant de leur couteau contre ce tissu osseux, ils ne l'ont usé et n'ont vaincu sa résistance.

On pourra peut-être blâmer la longueur et la minutie de ces détails; mais l'ignorance absolue du fait que je rapporte doit me servir d'excuse; je devrais même encore ajouter quelques mots sur ce sujet. On trouvera sans doute avec moi que le précepte donné de porter l'instrument en avant et en dehors, pour après avoir ouvert l'articulation artragolo-scaphoïdienne, pénétrer de suite dans celle du calcanéum avec le cuboïde, est trop absolu, si l'on se souvient de ce que j'ai dit sur les variations d'un rapport regardé comme constant.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 13.

II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Consueti solitos labores ferre, etiamsi fuerint debiles, aut senes, iusuetis, robustis licet et juvenibus, facilius tolerant. *Ibid.*, *aph.* 49.

V.

A multo tempore consueta etiamsi fuerint deteriora insuetis minùs turbare solent : oportet igitur etiam ad insolita se vertere. *Ibid.*, *aph.* 50.